FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EUGÈNE MÉNARD

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Né à Vihiers (Maine-et-Loire), le 13 Février 1902

LES

Appendicectomies Incomplètes

(ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE)

Président : M. LECÈNE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N..
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N ..
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

(*In memoriam*)

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Cordiale sympathie.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A M. le Docteur Raymond BONNEAU

Ancien interne des Hopitaux de Paris

Témoignage respectueux de ma gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LECÈNE

Professeur de pathologie chirurgicale
a la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hopital St-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nos premières lignes, au début de ce modeste travail, seront pour saluer avec respect et reconnaissance la mémoire honorée du Professeur Monprofit et du Professeur Thibault, les deux maîtres éminents, sous la direction bienveillante desquels nous avons commencé nos études à l'Ecole de Médecine d'Angers. A tous les Professeurs de cette Ecole et aux chefs de service de l'Hôtel-Dieu, nous adressons nos remerciements sincères pour leur enseignement si agréablement clair et précis, pour leurs conseils si judicieux qu'ils ne nous ménagèrent pas, que M. le Professeur René Tesson, qui nous reçut si aimablement trois fois comme interne dans son service, que M. le Professeur Antoine, qui nous prépara, dans son service de clinique médicale, au concours de l'Internat, trouvent ici un témoignage tout particulier de notre gratitude. Aux médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Jacques qui furent toujours pour nous d'une bienveillance si délicate, nous adressons l'expression de nos respectueux sentiments. M. le Docteur Raymond Bonneau qui nous guida dans cette étude sait combien nous lui sommes dévoués et nous sommes heureux de lui témoigner ici notre profond respect et notre reconnaissance. Nous avons enfin le devoir agréable d'exprimer notre gratitude au Professeur Turlais. Nous la

lui devons à un double titre : s'il nous porta toujours, au cours de nos études, un bienveillant intérêt, il nous témoigna récemment encore son dévouement en venant nous prodiguer des soins empressés et réconfortants, dont nous ne saurions suffisamment le remercier.

Introduction

L'appendicite est une affection si fréquente, qu'il semble, à première vue, qu'on ne peut en aborder l'étude sans être taxé de banalité. Pourtant, en raison même de son extrême fréquence, l'appendicite revêt un puissant intérêt. Chaque cas est, pour le médecin, original, tant c'est une maladie à symptomatologie variable, à évolution insoupçonnée et elle plonge bien souvent le praticien dans une anxieuse perplexité. Dans cette petite étude, nous ne voulons envisager qu'une catégorie de cas dans lesquels, à l'intervention, l'appendice n'a été extrait qu'en partie. Nous essaierons de voir dans quelles circonstances peuvent se produire ces appendicectomies incomplètes, quels sont les accidents auxquels elles exposent et nous tâcherons d'en déduire la ligne de conduite raisonnée que le médecin devra suivre en pareil cas.

CHAPITRE I

Circonstances qui empêchent de pratiquer l'Appendicectomie totale

L'appendicite aiguë avec abcès collecté dans la fosse iliaque droite était traité, en des temps encore peu éloignés, par la simple incision pariétale suivie de drainage. On ne recherchait pas systématiquement l'appendice, on n'y touchait pas, ou bien on en prenait ce qui se présentait sous le bistouri. L'appendice restait donc en totalité ou en partie, et cette seconde hypothèse constitue bien une appendicectomie incomplète. On agissait ainsi en pleine connaissance de cause, guidé par les idées thérapeutiques alors en faveur, c'était volontairement qu'on laissait dans la cavité abdominale le corps du délit, aussi appellerons-nous cette première variété : *l'appendicectomie incomplète volontaire.*

Nous n'avons pas à discuter la valeur de cette tactique, ce serait nous écarter de notre sujet ; nous

rappellerons uniquement qu'aujourd'hui on s'éloigne de ce mode de traitement, considérant l'exérèse appendiculaire comme la méthode de choix car elle « diminue la mortalité, la fréquence des éventrations et fistules consécutives, en même temps qu'elle abrège la durée de la maladie », condition particulièrement importante pour les classes peu aisées de la Société Burgess, 1912).

Malgré tous les avantages que présente cette exérèse complète, malgré tous les efforts que déploie le chirurgien qui veut extirper l'appendice en entier, il est des cas où force lui est d'abandonner dans la cavité péritonéale une partie plus ou moins importante de l'organe et cette seconde variété nous la désignerons du nom un peu excessif sans doute d'*appendicectomie incomplète par impossibilité*.

Il est, en effet, des cas, où, tout en se donnant le jour suffisant au point de vue opératoire, le chirurgien devra, dans l'intérêt même du patient, ne pas prolonger une intervention qui deviendrait dangereuse. Smith de Hartford, dans un article qu'il intitule : « L'appendice résiduel » (*Medical Record*, 1910), dit qu'il faut, en effet, faire l'opération complète, mais il ajoute ces restrictions : en se guidant toutefois sur l'état général du sujet, la tendance à l'hémorragie et surtout la solidité des adhérences qui enkystent l'abcès. Cet article date de seize ans et nous savons que, depuis, les idées ont évolué sur la valeur de ces adhérences dites « protectrices ». M. Bonneau, à la Société des Chirurgiens de Paris, en

juin 1911, montrait déjà qu'elles n'étaient guère respectables et qu'avec un bon drainage, on arrivait à s'opposer à la dissémination de l'infection.

Le mauvais état du sujet doit, sans nul doute, entrer en ligne de compte ; on est toujours hésitant, c'est normal, de prolonger, sur un patient fatigué, une opération laborieuse, d'aller chercher, souvent au milieu d'un magma purulent, un appendice plus ou moins profondément situé, adhérent, friable ; aussi, souvent, se contente-t-on d'inciser et de drainer ; traitement insuffisant, pensons-nous : cet individu est un intoxiqué, nous devons redouter pour lui la dissémination de cet état toxique et nous devons supprimer le point de départ de cette intoxication : c'est-à dire enlever totalement l'appendice, et pour cela opérer par une incision large sous le contrôle de la vue, nous y reviendrons. C'est la thérapeutique, à coup sûr, la plus efficace. L'appendicectomie incomplète motivée par le mauvais état du patient doit donc être exceptionnelle.

Il est des cas où l'importance, l'étendue de l'intervention doivent être modérées par le fait d'une *tendance spéciale à l'hémorragie;* ces suintements sanguins si importuns obligent le chirurgien à ne pas prolonger ses manœuvres et ce ne sont pas les seuls hémophiles qui ont l'apanage de ces phénomènes, ils peuvent être dus à la rupture de néo-capillaires, ou provenir (c'est déjà plus important) des vaisseaux nourriciers de l'intestin ; il faut redouter enfin l'ulcération des vaisseaux importants (iliaques, utéro-

ovariens, spermatiques). Nous ne saurions, en pareille situation, qu'approuver l'opérateur qui réduit au minimum l'intervention, souvent il est obligé alors de pratiquer une appendicectomie incomplète.

Il en est de même dans certains cas où l'intestin présente une *friabilité toute spéciale*, telle que la moindre traction en détermine la rupture avec toutes ses conséquences. On ose à peine y toucher et ce n'est qu'à l'aide d'une méthode de décollement minutieuse et précise, à l'aide de manœuvres extrêmement légères et douces qu'on peut en éviter la déchirure.

Si nous concevons bien qu'au cours d'une intervention pratiquée pour une crise aiguë d'appendicite où le temps presse, où le champ opératoire est infecté, on veuille ou on soit obligé de laisser une partie de l'appendice, plus étranges apparaissent les cas où, au cours de l'appendicectomie dite à froid, la totalité de l'organe n'est pas enlevée sans qu'on le constate. Ces cas constituent la variété des *appendicectomies incomplètes par méconnaissance.*

Ces cas sont-ils, en réalité, si différents des précédents? Il faut d'abord bien savoir comment on peut reconnaître le « refroidissement » d'une appendicite, car c'est d'un diagnostic souvent pénible, et nombre d'appendicites dites opérées à froid ne sont pas réellement refroidies. C'est qu'en effet ni la durée du temps écoulé depuis la crise, ni l'absence des signes fonctionnels, généraux et physiques ne peuvent as-

surer du « refroidissement ». On a cherché à s'aider du laboratoire et nous ne ferons que signaler les recherches que Martel et Antoine ont faites sur la formule cytologique des globules blancs (polynucléose, lymphocytose), question déjà étudiée par Silhol à l'instigation du Professeur Hartmann en 1901.

Quoi qu'il en soit, dans certains cas, dits refroidis, mais souvent encore tièdes, l'appendice étant plus ou moins adhérent, une traction un peu vive a amené l'organe, on croit l'avoir totalement extirpé ; on a eu parfois beaucoup de peine à l'avoir mais les adhérences ont cédé; en réalité l'extrémité distale est restée dans un point quelconque de la fosse iliaque. Il ne faudrait pas croire qu'il y a eu manque de douceur dans les manœuvres chirurgicales, il peut se faire que l'appendice ait cédé à une traction plus qu'insignifiante, parfois même, il n'y a pas eu de traction, le doigt a libéré, sans peine, de ses grêles adhérences l'organe qui s'est laissé attirer sans la moindre résistance. Sans nul doute, une manœuvre aussi douce n'a pas sectionné l'appendice ; s'il en reste une portion, c'est que la section, l'amputation existait antérieurement à l'opération, c'est qu'il s'agissait d'une amputation spontanée de l'appendice.

Cet organe, en effet, peut s'amputer spontanément et les cas n'en sont pas exceptionnels. En 1912, M. le Professeur Delbet fit sur un malade de ce genre une belle leçon clinique que l'on peut lire dans la *Presse Médicale ;* et le Docteur Delmas en fit l'objet de sa thèse en 1924 ; il y réunit quinze observations

d'auto-amputations appendiculaires, dont il étudie le mécanisme de production. Nous n'insisterons donc pas sur ce point, ne voulant envisager dans notre étude que les causes, les conséquences des rétentions d'un morceau d'appendice pour en déduire quelques indications thérapeutiques. Nous rappellerons, brièvement toutefois, que ces amputations se produisent sous l'influence d'un processus gangréneux. Et ce sur quoi nous voulons insister d'un mot, c'est la latence des phénomènes cliniques comparativement aux lésions déjà considérables et nous ne saurions mieux le démontrer qu'en citant en tête de nos observations, bien qu'un peu hors du sujet vrai, celle si curieuse que M. Bonneau rapportait dans le *Paris-Chirurgical* du 9 mai 1914 (observation I)..

CHAPITRE II

Peut-on s'assurer que l'Appendice est complet ?

Il n'est pas douteux que c'est un point capital dans notre étude. Il nous faut donc étudier comment on pourra s'assurer au cours de l'intervention qu'on enlève bien l'organe tout entier, et constater d'autre part, après l'opération, si la pièce extirpée est bien entière.

Au cours de l'opération, quels seront les éléments qui nous permettront d'acquérir cette certitude? C'est, pensons-nous, une question de méthode. Il faut bien savoir rechercher l'appendice, bien connaître les repères qui permettent de trouver et sa base et sa pointe. Voici donc l'abdomen ouvert, on a trouvé le cæcum, dans la majorité des cas on voit l'appendice et on aperçoit son point d'attache sur le cæcum. Mais il n'en va pas toujours ainsi, il arrive que l'appendice ne tombe pas si facilement sous le

regard, il est même des interventions où, bien qu'on tourne et retourne en tous sens le cæcum, on ne voit rien. On trouve des cas de ce genre rapportés par le Docteur Bonneau sous le nom d'appendices anatomiquement introuvables (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, novembre 1922) cas exceptionnels sans doute, liés à la présence de bandelettes péritonéales, à des anomalies dans la disposition du péritoine, nous n'avons pas à y insister, mais qui prouvent qu'il n'est pas inutile d'indiquer un point de repère pour rechercher l'appendice. Cet organe nait au confluent des trois bandelettes (antérieure, postéro-interne, postéro-externe) du cæcum. Portons-nous à cet endroit et quelles que soient la situation, les dispositions plus ou moins vicieuses du péritoine, nous trouverons l'origine de l'appendice.

Pour rechercher sa pointe, un repère excellent nous est fourni par l'artère appendiculaire. Née de la partie terminale de la mésentérique supérieure au niveau de l'angle iléo-cæcal elle chemine à la face postérieure de l'iléon, et elle s'engage dans le méso-appendice dont elle suit le bord libre jusqu'à son extrémité, elle pousse des ramifications en échelle en nombre variable qui gagnent l'appendice au niveau de son bord adhérent d'où elles s'étalent sur les parois qu'elles vascularisent. Ce rappel anatomique est important, nous y ajouterons encore un mot : c'est que, dans la plupart des cas, l'artère appendiculaire est indépendante, ne recevant aucune anastomose sur son trajet, si ce n'est exceptionnellement la pe-

tite branche récurrente iléale de Jonesco. Cette artère appendiculaire va se terminer juste à la pointe de l'appendice, si donc on peut repérer, suivre le trajet de ce vaisseau, on arrivera à l'apex appendiculaire. Mais il n'est pas toujours facile de repérer l'artère appendiculaire et c'est bien dommage car en la liant à sa base, au cas où la pointe resterait, on serait certain de provoquer la nécrose et peut-être d'amener ainsi son expulsion secondaire par la plaie maintenue drainée. Nous avons d'ailleurs l'occasion de citer plus loin une observation de cette expulsion. En effet, dans nombre de cas aigus (gangréneux par exemple), on est obligé de lier en étage au ras de l'appendice des petits vaisseaux qui ne sont que des branches transversales de l'artère et naturellement ce sont ces cas qui exposent surtout à la rétention intra-abdominale d'une portion de l'appendice.

Il faut donc savoir rechercher le tronc de cette artère ; souvent en étalant le méso à contre-jour on apercoit le vaisseau par transparence et on peut en faire la ligature à l'origine, mais on se trouve parfois en présence d'un appendice plus ou moins tordu, coudé, si bien que le méso en subit des modifications, devient parfois complètement inexistant au niveau de la coudure, on ne peut l'étaler, la recherche de l'artère est difficile et on doit essayer de la lier sur le bord inférieur de l'iléon. D'autres fois encore, on a un méso-appendice infiltré (graisse, lymphangite) on ne voit pas l'artère, comment la rechercher? Dans son article du *Paris Chirurgical* de février 1925

(Ligature de l'artère appendiculaire), M. Bonneau répond à la question : « Passer l'aiguille au jugé, dit-il, serait imprudent. Il est bien plus sûr de sectionner d'une main douce le péritoine du méso sur ses faces antérieure et postérieure près du bord interne de l'appendice, de dissocier et récliner péritoine et graisse vers le bord libre du méso, de façon à découvrir directement les vaisseaux que l'on cherche. L'aiguille passera alors juste où il faut ».

En suivant cette méthode régulièrement, on réussira, le plus souvent, à enlever la totalité de l'appendice et si, par hasard, l'appendicectomie était incomplète, elle serait rarement méconnue.

Voyons maintenant le second cas qui nous occupe. L'intervention est terminée, l'appendice est extirpé, et on examine la pièce. On ne saurait se baser pratiquement sur la longueur ni sur le volume de l'organe, qui sont sujets à d'extrêmes variations tant au point de vue anatomique que pathologique. Heureusement d'autres caractères vont nous y aider.

Le Docteur Delmas, dans sa thèse, nous indique comme signes montrant que l'appendice n'a pas été extrait en totalité :

1° Le fait que l'extrémité d'un appendice auto-amputé est sclérosé.

2° Que la petite fange graisseuse qui accompagne normalement la pointe appendiculaire fait défaut. Ce sont là deux caractères, évidemment, mais qui, croyons-nous, peuvent être insuffisants pour établir

ce diagnostic parfois si délicat, mais si important d'appendice complet ou non. Aussi allons-nous signaler une petite pratique bien simple qui peut être utile.

Après avoir procédé à l'examen extérieur de la pièce, après en avoir bien étudié l'extrémité, on ouvre l'organe suivant sa lumière de la base de la pointe, on voit les lésions de la muqueuse, on constate la présence de pus, de coprolithes, bref les lésions banales ; puis on examine la surface de section. La paroi de l'appendice normalement constituée de quatre tuniques superposées de dedans en dehors, la muqueuse, la musculeuse faite d'une couche interne de fibres circulaires et d'une couche externe de fibres longitudinales, la celluleuse, enfin la séreuse. Sur la surface de section, on peut suivre aisément ces quatre tuniques et on constate au niveau de l'extrémité libre qu'elles se continuent régulièrement en dôme au fond de l'organe et qu'on peut les suivre sans interruption sur toute la surface de section. Dans ce cas, il n'est pas douteux que la tête de l'appendice a bien été enlevée. Sinon, que constate-t-on? En cas d'appendicectomie incomplète, on note, au contraire, qu'à l'extrémité distale de la partie extirpée, les trois tuniques subissent une solution de continuité, la structure de l'organe n'est pas celle que nous décrivions à l'instant ; il y a une muqueuse recroquevillée et du tissu fibreux. Cette petite épreuve va donc nous aider beaucoup dans le diagnostic et nous ne la négligerons pas. Son interprétation est ai-

sée ; on pourrait objecter, toutefois, que, dans certains cas, l'appendicite peut avoir déterminé au niveau de la pointe de l'organe une réaction fibreuse telle que la superposition des plans anatomiques soit troublée et qu'on ne puisse constater la continuité parfaite des tuniques. Ce cas est évidemment possible, mais tout de même exceptionnel et c'est déjà appréciable de pouvoir se dire, après une appendicectomie, si nous constatons la continuité des tuniques l'appendice a bien été extrait en entier, et dans le cas contraire, il y a des chances que l'extrémité distale soit retenue dans l'abdomen, afin de se tenir prêts à agir au moindre incident.

Tels sont les moyens que nous préconisons pour reconnaître, soit au cours de l'intervention, soit à l'examen de la pièce, que l'appendice a bien été intégralement extirpé.

CHAPITRE III

Clinique

Que peut-il résulter pour le patient de la rétention intra abdominale d'une portion d'appendice? Depuis la plus grave complication mortelle en quelques jours jusqu'à l'apparence de guérison presque définitive, toutes les évolutions cliniques sont possibles. Ceci ne doit d'ailleurs pas nous surprendre car les observations recueillies à l'époque où la simple incision suivie de drainage était la méthode de choix dans les cas aigus avec abcès, où, par conséquent, l'appendice était retenu dans sa totalité, ces observations, donc, nous montrent les suites les plus diverses. Aussi, dans cette diversité, est-il malaisé de classer les accidents éventuels. Nous proposerons néanmoins, leur répartition en trois groupes :

1° Accidents immédiats graves et parfois mortels ;
2° Fistules ;
3° Guérison apparente avec ou sans rechutes.

1° *Accidents immédiats.* — Nous voulons parler des accidents qui surviennent dans les jours qui suivent l'opération incomplète, dans la première semaine ; ils sont d'une extrême gravité, emportant brutalement le malade parfois au milieu de phénomènes impressionnants par leur brusquerie. Ces accidents si importants sont de trois ordres :

a) Il peut s'agir, en effet, d'une intoxication générale, d'une septicémie à point de départ appendiculaire. Le corps du délit, toujours dans la fosse iliaque, continue à verser ses toxines dans le sang ; par le drainage, le pus s'écoule à peine. Le patient prend immédiatement un aspect spécial, il est un peu excité, la température est élevée, le pouls très rapide, le teint terreux, le facies grippé, prostré ; la sueur perle sur son corps ; il urine peu ou pas, parfois il a du « vomito negro » ; localement, peu de chose, un ventre à peine météorique, parfois souple, la température monte, sans atteindre un degré extrême, l'agitation augmente, le délire s'installe et le malade meurt en 2, 3 ou 6 jours. C'est le tableau typique, hélas, trop fréquent, de l'appendicite hypertoxique qui tue par septicémie. L'appendice n'est pas enlevé, la maladie poursuit son évolution, pour ainsi dire, comme si aucune intervention n'avait été pratiquée.

b) On peut voir aussi des phénomènes graves s'installer parfois au 4e, 5e, 6e jour après une phase satisfaisante, l'infection alors, au lieu de se dissémi-

ner à tout l'organisme comme précédemment se limitera au péritoine, localisation qui, bien entendu, n'est pas exempte de gravité puisqu'elle cause la mort dans une proportion imposante. Et on ne saurait prévoir l'importance et la gravité de ces phénomènes péritonéaux ; comme le fait remarquer le Professeur Lecène (*Journal de Chirurgie*, octobre 1911) nous ne saurions prédire ce qui se passera les jours suivants. Ces accidents apparaissent brusquement, le malade se plaint du ventre qui se tend, devient extrêmement douloureux à la moindre pression ; son facies prend le type péritonéal, la température s'élève et le pouls devient mauvais ; le malade vomit, bref le diagnostic de péritonite généralisée s'impose et appelle l'action du chirurgien. Parfois cette péritonite purulente diffuse s'installe au contraire en silence, non moins dangereuse et l'observation que M. Chalier présentait en octobre 1924 à la Société de Chirurgie de Lyon, que nous rapportons (obv. II) est édifiante sur ce point.

c) Enfin les phénomènes infectieux peuvent aussi provoquer des collections à distance, de véritables métastases dont la gravité est évidemment liée à la localisation même.

Tels sont les accidents qui peuvent survenir rapidement à la suite d'une appendicectomie incomplète, par leur gravité, ils méritent notre attention et on ne doit pas les oublier pour préciser la ligne de conduite qu'on doit suivre en pareil cas.

2° *Fistules.* — Accident fréquent à la suite de l'incision d'un abcès appendiculaire sans appendicectomie, la fistule s'observe aussi à la suite de la rétention d'un simple morceau de l'appendice. La cicatrisation ne se fait pas en un point de l'incision, il persiste un orifice par où s'écoule du pus en quantité variable, mais suffisamment pour entretenir des semaines, des mois, la perméabilité du trajet. Il est bien difficile de préciser la durée de cet écoulement qui « est d'habitude hors de proportion avec le foyer, surtout ne diminue pas régulièrement et puis, au lieu de s'éclaircir, d'évoluer en sérosité, conserve ses caractères primitifs » (Bonneau, fistule appendiculaire, *Pr. Méd.*, janv. 1926).

« Il y a surtout un signe qui ne trompe pas, c'est l'odeur persistante de poisson pourri ; quand cette odeur se maintient, même si l'écoulement est réduit à zéro, on peut être à peu près certain qu'il y a un corps étranger à éliminer. D'autre part, les bords de la plaie resteront livides, les bourgeons charnus œdémateux » (Bonneau, *Presse Médicale*, 1926). Ces fistules ont-elles tendance à la fermeture spontanée? Non, tant qu'il demeure un fragment d'appendice, si, la plupart du temps, ces fistules ne donnent passage qu'à du pus, il est des cas heureux où, par leur trajet, peut se faire l'élimination du segment appendiculaire jusque là en rétention.

Nous sommes heureux de pouvoir rapporter un de ces cas que M. Bonneau a suivi et dont nous donnons ultérieurement l'observation (observ. III). Il s'agit

d'un malade de Saint-Jean-de-Dieu qui, à la suite de l'intervention, conservait une fistule, lorsque, à la cinquième semaine, par le trajet, s'est éliminée une masse sphacélée grosse comme un pois et, à la suite de cette expulsion, la fistule fut tarie et le patient guérit parfaitement. L'intérêt de cette observation est capital et nous aurons à y revenir quand, à la fin de cette petite étude, nous essaierons de formuler quelques déductions thérapeutiques.

3° *Guérison apparente.* — Dans nombre de cas, les suites opératoires sont bonnes, tout se passe normalement, le sujet tolère parfaitement la pointe de son appendice non extraite, il se croit « guéri », reprend ses occupations, enchanté du résultat opératoire. Mais cette pseudo-guérison peut n'être que momentanée, au bout de quelques semaines, quelques mois, des années même, de nouveaux accidents vont éclater souvent analogues aux premiers et de nature à dérouter le médecin consulté à qui le malade ne manque pas de dire qu'on lui a enlevé l'appendice. Les caractères de ces nouveaux phénomènes sont bien, en général, ceux d'une crise d'appendicite aiguë, ceux d'une péritonite localisée à la fosse iliaque droite, et ils revêtent souvent l'aspect d'une forte gravité.

Quand vont-ils survenir? Nous ne saurions rien préciser sur ce point ; nous rapportons des observations de ces guérisons apparentes suivies d'une ou plusieurs rechutes qui ont déterminé une seconde

intervention. Les délais ont été de 2 mois (obs. IV), 4 mois (obs. V), 9 mois (obs. VI) 19 mois (obs. VII). Dans un cas (obs. VIII) une première rechute apparut 2 mois après l'opération, une seconde 15 mois après la première, une troisième, qui détermina alors une seconde intervention, éclata 4 mois après la seconde rechute, soit 21 mois après l'appendicectomie incomplète. Enfin nous suivons personnellement une malade incomplètement appendicectomisée en janvier 1925 ; depuis il n'y a pas eu la moindre alerte, elle semble complètement guéric, mais pour combien de temps? (obs. IX).

Peut-on en effet envisager la possibilité d'une guérison vraie? Autrement dit, peut-il y avoir tolérance du fragment appendiculaire non extirpé sans réaction nouvelle et dangereuse? L'Anglais Smith donne une statistique où il montre que lorsqu'on a laissé l'appendice en totalité ou en partie dans la cavité abdominale, on assiste ultérieurement à l'éclosion d'accidents aigus ou chroniques dans 15 pour 100 des cas. Resschkle, de même (*Medizinische Klinik*, 1924), estime ces cas de récidives fort rares et peu graves. En réalité, les observations que nous rapportons montrent que les récidives sont parfois très graves puisque mortelles, quant à établir une statistique il semble que ce soit difficile, car d'une part tous les cas d'appendicectomies incomplètes ne sont pas reconnus et, d'autre part, les rémissions peuvent être si longues qu'un cas étiqueté guérison peut présenter une rechute de longues années plus tard.

Koch, en effet, rapporte les cas d'un enfant à qui, en 1906, on fit une simple incision pour abcès appendiculaire, les parents s'entêtèrent à refuser toute intervention ultérieure, l'enfant semblant parfaitement bien portant soudain, en 1923, 17 ans plus tard, éclata une crise d'appendicite aiguë qui nécessita l'appendicectomie. Voilà une latence de 17 ans qui peut, par anologie, nous empêcher d'affirmer la guérison complète d'un sujet incomplètement appendicectomisé, même ne présentant pas le moindre symptôme.

Le moignon appendiculaire restant, que devient-il? Conserve-t-il sa vitalité ou meurt-il? En général, il ne meurt pas, il continue à être vascularisé soit par l'intermédiaire de l'artère appendiculaire dont on n'a sectionné que les branches et non le tronc (d'où l'intérêt de la recherche et de la ligature du tronc appendiculaire que nous avons préconisées plus haut) soit, peut-être, par l'intermédiaire d'adhérences à des organes voisins sur lesquels il s'est greffé. D'ailleurs Mlle Chevassus et M. Patel (Lyon, 1925) insistent sur cette conservation de la vitalité. On a soutenu qu'il pouvait se conduire dans l'abdomen comme un corps étranger bien toléré, et ce fut ce qui inspira à Kofmann sa technique. Cet auteur proposait, en cas d'appendicectomie difficile, de sectionner l'appendice à sa base, d'enfouir séparément les tranches appendiculaires et d'abandonner l'organe dans le ventre ; il semble donc bien qu'il ne prenne aucun souci de la présence intra-péritonéale

de l'organe qu'il juge incapable de méfaits. Il faut signaler que Steinmann (Berne) cite un cas où ayant suivi cette technique il dut, le second jour, intervenir à nouveau, le malade présentait de la réaction péritonéale et il extirpa un appendice enfoui dans des adhérences avec une perforation et un calcul stercoral.

A notre avis, cette méthode de Kofmann est dangereuse et doit être rigoureusement déconseillée. Nous pensons que, pour qu'un fragment d'appendice en rétention abdominale soit toléré, il faut à notre sens : 1° qu'il ne reçoive plus aucune vascularisation ; 2° qu'il soit réduit à un reliquat de tissu musculaire et péritonéal, ce qui suppose la destruction antérieure de la muqueuse par la gangrène. Si, au contraire, il persiste des parties muqueuses, les glandes continuent à secréter, et il se constitue une sorte de ballonnet, de kyste muqueux (obs. V) qui réalise admirablement le vase clos et il est inutile de dire qu'ainsi se trouvent réunies les meilleures conditions d'intolérance.

En résumé, toute rétention intra-abdominale d'un fragment d'appendice expose à une rechute plus ou moins tardive. On peut, il est vrai, assister à des rémissions si longues qu'elles en imposent pour la guérison. Néanmoins, nous ne saurions considérer un patient comme guéri, tant que persiste, dans son abdomen, un fragment appendiculaire.

CHAPITRE IV

Thérapeutique

De la courte étude qui précède, nous pouvons dégager quelques indications thérapeutiques utiles à connaître :

1° Est-il besoin de redire ce fait d'une enfantine évidence que pour éviter les accidents consécutifs de l'appendicectomie incomplète, il faut s'efforcer de la faire immédiatement totale, et cela est possible dans la presque totalité des cas.

En 1919, Wakeley (Londres), insistant sur la nécessité d'extirper l'appendice sur le champ et entièrement, écrivait que sur 120 cas spécialement étudiés, il n'y eut que 2 fois (soit 1,66 pour 100) où il ne put l'enlever et dut pratiquer l'appendicectomie secondaire. Il faut donc toujours s'efforcer de recourir à ce traitement. Il faut employer une méthode rigoureusement étudiée, explorer soigneusement ces organes du voisinage et se donner un jour suffisant.

Nous avons longuement étudié au chapitre II, comment il fallait procéder, nous n'y reviendrons pas, mais nous insistons encore une fois, avec intention, sur l'importance capitale de la ligature du tronc de l'artère appendiculaire.

Où doit-on inciser la paroi? Reymond, au Congrès de Chirurgie de 1908, fit une communication relative aux avantages que présente la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie. Il y en a, c'est incontestable, mais notre avis n'est qu'en cas d'appendicité aiguë surtout le chirurgien doit être, avant tout, un clinicien, conformer sa conduite aux divers cas particuliers qui l'occupent et porter son incision au point d'appel le plus évident. L'acte chirurgical est essentiellement subordonné en pareil cas aux constatations cliniques. L'appendice a une situation variable et ses phénomènes réactionnels locaux n'ont donc pas toujours le même siège. Il faut alors, tout en étant méthodique, se conformer aux circonstances. Faut-il drainer? Ce point fut sujet à de nombreuses controverses. Nous n'y insisterons pas. En 1909, Von Brum (Tubingen) montrait les avantages de la fermeture immédiate ; toutes les opinions ont été successivement émises. Notre avis, c'est que lorsqu'il reste dans l'abdomen des parties sphacelées, il faut drainer et nous adopterons complètement les idées que M. Bonneau formule dans la *Presse Médicale* (17 juin 1925. Drainage de l'appendicite à chaud). En suivant rigoureusement cette méthode, il est bien probable que, dans la presque

totalité des cas, l'appendice sera enlevé en entier, l'appendicectomie incomplète évitée.

Mettons-nous maintenant en présence d'une appendicectomie incomplète, on n'a pas pu l'éviter. Que doit-on faire? Doit-on systématiquement intervenir secondairement pour enlever le morceau d'appendice restant, et, si on doit le faire, à quelle époque, à quelle distance de la première opération?

A la première de ces questions, Smith répond par l'affirmative dans son article « l'Appendice résiduel » (1910) sans quoi, dit-il, on assume inutilement une lourde responsabilité, et rappelons que cet auteur n'admet l'apparition d'accidents secondaires que dans 15 pour 100 des cas. Il est donc très catégorique. Dans la *Revue Médicale de l'Est*, de 1923, Hamant, de Nancy, déclare l'absolue nécessité de cette extirpation secondaire. Il estime que, non seulement on se décharge d'une grande responsabilité, mais qu'on assure au malade de gros avantages, on le met à l'abri d'accidents aigus graves ; on profitera de l'intervention pour enlever les brides péritonéales persistantes, qui sont si souvent cause d'adhérences, de tiraillement, de coliques de constipation, on lui évitera les troubles réflexes de l'appendicite chronique, et particulièrement, ajoutons-nous, le spasme tardif du pylore sur lequel Lardennois a insisté récemment. On soustraira le sujet, dit encore Hamant, à une nouvelle intervention fréquemment motivée par une cicatrice vicieuse ou une éventration (jamais nous n'en avons observé personnelle-

ment). Bref, voilà plus d'arguments qu'il n'en faut pour que nous soyons interventionnistes. Nous interviendrons donc, en règle générale, mais à quel moment?

Les chiffres moyens énoncés par les auteurs ci-dessus sont de 1 mois pour Hamant, de 6 à 8 semaines pour Smith, à moins qu'on ait la main forcée par des accidents notablement graves. Après ce délai, on a des chances que les réactions inflammatoires soient calmées et que le foyer soit à peu près stérile. Ceci n'est qu'une probabilité, nous avons vu, au début, la difficulté du diagnostic de ce « refroidissement ».

En règle générale donc nous interviendrons de 6 à 8 semaines après l'opération incomplète, mais précisons plus nettement notre conduite en face des divers cas particuliers. Il est, tout d'abord, une bonne précaution à prendre quand on sait que la première opération ne fut pas totale, c'est d'avertir immédiatement l'entourage de la possibilité d'une intervention secondaire. Il acceptera la chose, à ce moment là, bien plus facilement que si, sans l'avoir avertie, on révèle 2 mois après à la famille la nécessité de réintervenir. C'est un détail qui, croyons-nous, a son importance.

a) Envisageons les accidents graves des tous premiers jours après l'opération. Doit-on intervenir? Il faut, croyons-nous, être, à cette période d'un bistouri parcimonieux. Il nous semble contre-indiqué d'in-

tervenir par suite de ces accidents nouveaux. Nous avons vainement tenté, 48 heures avant, l'exérèse totale de l'appendice, il y a un bon drainage, quel sera le résultat de cette nouvelle intervention dans ce milieu infecté, si ce n'est d'exalter encore la virulence microbienne. Si toutefois, il y a des points d'appel évidents, n'hésitons pas. Si, par suite du fragment appendiculaire en rétention il se collectait, par exemple, un abcès dans le cul-de-sac de Douglas bombant dans le rectum, il n'est pas douteux qu'on doive évacuer la callection mais en dehors de ces cas où on a une indication très nette, on doit temporiser. « Une thérapeutique par à-coups est irrationnelle et à déconseiller. »

b) Se trouve-t-on en présence d'une fistule constituée, interviendrons-nous? Oui. Quand et comment? Il est bien difficile de fixer une date précise. L'observation III que nous rapportons où nous avons eu élimination secondaire par le trajet fistuleux du fragment en rétention à la cinquième semaine nous permet de dite : attendons toujours 5 ou 6 semaines, mais c'est une date basée uniquement sur un cas et nous ne pouvons pas l'énoncer comme date de choix. En effet, qu'on nous présente une observation où l'expulsion secondaire s'est produite au bout de 2 mois et nous dirons : n'intervenons pas avant 2 mois ! Quand la date de l'opération est fixée il faut savoir à quelle technique nous allons recourir pour exciser la fistule. Nous ne saurions mieux faire sur

ce point que de citer le résumé que M. Bonneau en a fait (*Presse Médicale* 1926) : « Immédiatement avant l'incision, injection de bleu de méthylène à 1/20 dans la fistule avec une sonde à cathétérisme urétéral, brassage doux et rinçage soigneux de façon à ce que l'opérateur ait un repère coloré qui lui sera d'une réelle utilité. L'incision donnera le maximum de jour. On attaquera de préférence les lésions par la périphérie, en passant par les parties saines ».

c) Le malade semble guéri, écoutons Hamant et intervenons, ou, tout au moins, conseillons l'intervention qui, hélas, ne sera pas toujours acceptée, car on décide souvent avec peine à se faire opérer une personne qui ne souffre pas, n'a aucun accident, et s'estime en parfaite santé. Insistons et, si nous parvenons à nos fins, prévenons toutefois que, si on ne retrouve rien (il peut se faire que le segment restant se soit éliminé peu à peu dans le pansement à notre insu) l'intervention sera néanmoins utile pour vérifier l'état du cæcum et de la région.

Jusqu'ici nous avons toujours supposé le médecin averti de l'appendicectomie incomplète, nous avons admis qu'il n'ignorait pas la rétention d'une partie de l'appendice. Mais dans nombre de cas il n'en sait rien et il est appelé près d'un malade qui, spontanément, lui déclare : « J'ai eu une ou plusieurs crises d'appendicite, on m'a enlevé l'appendice à telle date. J'éprouve aujourd'hui des phénomènes analogues à mes crises antérieures » mais il s'empresse

d'ajouter : « ce n'est, en tous cas, sûrement pas l'appendicite ». De son examen physique le médecin retire l'impression néanmoins qu'il s'agit d'une affaire appendiculaire. En présence d'une femme, il s'efforcera d'éliminer l'hypothèse d'une annexite droite, mais son esprit torturé par l'histoire de l'appendicite antérieure agitera, souvent sans pouvoir résoudre le problème, la possibilité d'adénites consécutives à l'appendicite (sont-elles si importantes? Bonneau, *Presse Médicale*, 1925) d'inflammation du diverticule de Meckel, d'épiploïte (Walther) consécutive de même à cette appendicite. Diagnostic extrêmement pénible ; pensons davantage à l'appendicectomie incomplète, elle est plus fréquente qu'on ne le croit, et, en cas de doute, intervenons.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

(Docteur Bonneau. Paris-Chirurgical, 8 mai 1914, 576)

Il s'agit d'une femme atteinte de fibrome utérin pour laquelle on va pratiquer une hystérectomie : quelques instants avant l'opération, je procède à nouveau à l'examen de la malade : température 37, pouls 70, aucune douleur, aucune contracture ; il y avait eu six heures de sommeil. Palpation et toucher ne révèlent rien d'autre qu'un fibrome utérin banal. Hystérectomie, appendicectomie, de simple précaution pour l'avenir, ainsi que je le fais dans toute intervention pelvienne qui a bien et rapidement marché. Après l'opération, les pièces sont soigneusement examinées. A ma grande surprise, l'appendice ouvert se montre atteint d'un sphacèle de presque toute la muqueuse et d'une partie de la musculeuse.

Les phénomènes cliniques ne répondent donc pas à l'intensité des lésions.

OBSERVATION II

(*A. Chalier, Soc. de Chirurgie de Lyon, octobre 1924*)

Enfant de 12 ans. Appendice postéro-interne très adhérent et difficile à extirper. Croyant avoir tout enlevé, on referme complètement, mais l'examen minutieux de la pièce montre qu'il manque l'extrême pointe. Surveillé de près, l'enfant va parfaitement bien, quand, au 6e jour, apparaissent des phénomènes péritonéaux ; on ouvre et on draine : péritonite purulente diffuse, à bas bruit, qui, malgré tous les efforts, entraîne la mort au 8e jour.

OBSERVATION III

(*R. Bonneau*)

Il s'agit d'un malade de St-Jean-de-Dieu, appendicectomisé et drainé, qui conservait, à la suite de l'intervention, une fistule, siège d'un écoulement, ayant l'odeur de poisson pourri. Un jour, à la 5e semaine, on trouve, dans le pansement, une masse sphacélée, grosse comme un pois, d'odeur infecte. Par la suite, la fistule se ferme et le malade guérit. Nous sommes donc amenés à penser qu'il s'agit de l'élimination par le trajet fistuleux d'un fragment d'appendice jusqu'alors en rétention dans la cavité abdominale, où il entretenait la fistule.

OBSERVATION IV

(*Perrin. Soc. de Chirurgie de Lyon, oct. 1924*)

Enfant de 11 ans opéré d'urgence par M. Bonnet pour crise aiguë datant de 10 jours. Appendice postérieur fixé

par sa pointe. Appendicectomie de la base à la pointe qui se déchire et n'est pas extraite en raison des dangers de recherche, mais son insertion contre la face extérieure du mésentère est notée. Drainage. Guérison rapide. Neuf mois plus tard, nouvelle crise douloureuse avec vomissements, température et Mac Burney, crise légère ; mais à la fois pour cure de l'éventration et recherche de la pointe, on intervient. On retrouve le fragment appendiculaire en état d'inflammation comme le vérifie l'histologie.

OBSERVATION V

(Dr Bonneau, Paris-Chirurgical, 1911)

X..., garçon de 9 ans, est pris, le 3 juillet 1910, d'une forte diarrhée suivie, le lendemain, de douleurs dans le côté droit et d'un vomissement. Pendant 48 heures, arrêt des matières et des gaz. Peu de température, 15 jours de lit.

Le 6 août 1910, deuxième crise légère. Pas de vomissement ni d'arrêt des gaz. Fièvre à 40° : le premier soir, 5 jours de lit.

Le 26 août, je vois l'enfant pour la première fois. La température rectale oscille entre 37°3 le matin et 37°8 le soir. Pouls 110, abdomen souple. L'enfant indique le point de Mac Burney comme étant le point douloureux.

Première opération. Incision de Jalaguier, qu'on agrandit vers le bas à cause de nombreuses adhérences. Appendice rétro-cæcal de 3 à 4 cm. Méso-appendice à peu près détruit. Ablation, enfouissement. L'exploration de la fosse rétro-cæcale montre 5 à 6 ganglions violacés autour du cæcum. On les laisse.

Pièce : épaississement des trois tuniques. Taches hémorragiques sous la muqueuse. Les lésions prédominent

sur la pointe, à cet endroit, les trois tuniques forment un tissu cicatriciel, blanchâtre, continu, au niveau duquel la lumière de l'appendice est complètement oblitérée. Guérison en trois semaines après deux poussées thermiques. Un mois après, abcès de la cicatrice. Fermeture lente en trois semaines. Le 3 décembre 1919, troisième crise, douleurs, empâtement, température 39°.

Deuxième opération. Liquide louche dans le ventre, cæcum et grêle normaux. Les ganglions ont disparu. Recherche le long des vaisseaux iliaques, on ne trouve rien ; dans le petit bassin, rien non plus. On sectionne le ligament cæcal externe pour mieux explorer la face postérieure du cæcum et c'est là qu'on trouve un bout d'appendice long de 2 cm. et demi, gangrené. Près de son extrémité, une artériole donne un vrai jet de sang et mérite une ligature.

Pièce : ballonnet parfaitement clos. Sorte de kyste à contenu muco-purulent, dont la surface interne est constituée par la muqueuse intestinale.

Deux opérations à quatre mois d'intervalle.

OBSERVATION VI

(Bérard, Soc. de Chirurgie de Lyon, octobre, 1924)

M. Bérard présente des photographies en couleur montrant un gros appendice spontanément amputé à son tiers distal, avec le calcul de la grosseur d'une olive qui avait provoqué la gangrène. Cet appendice fut extirpé par l'auteur en septembre 1914 sur un officier évacué d'urgence sur l'Hôtel-Dieu de Lyon : un mois après, guéri en apparence, il repartait au front pour revenir au bout de deux mois avec une nouvelle crise aiguë, qui avait tous les caractères de l'appendicite et avait fortement intrigué les médecins au courant de la première

intervention. Sur des signes évidents de collection rétro-cæcale, on va, en décollant le cæcum, vider l'abcès développé autour de la pointe persistante de l'appendice, longue de 2 cm., grosse comme le petit doigt et gardant encore une muqueuse tomenteuse infectée. C'est ce segment distal extirpé qu'on peut voir sur une deuxième photographie.

OBSERVATION VII

(Friedlander, Wiener Klinische Woche, 1909, p. 1001) citée par Delmas

A Pâques 1906, première crise d'appendicite qui dure une quinzaine de jours. Bientôt après, nouvelles douleurs.

Le 24 juin, légères douleurs, vomissements sans le moindre signe local. Température légère. L'après-midi, brusque poussée de température, collapsus, hoquet et douleurs à la miction.

Le soir du 27, l'enfant présente un météorisme diffus avec un peu de sensibilité à droite et de résistance à la pression. La moitié inférieure droite du ventre respire mal. Température 39°5, pouls 132.

Première opération : De l'appendice, il ne reste que la base et un fragment informe noirâtre. Plus libre dans le ventre, sans tendance au cloisonnement. Amicrobien. Sort le 18 juillet.

Le 5 février 1908, de nouveau température, fortes douleurs, vomissements. A l'examen, météorisme, pas de contracture, mais sensibilité généralisée et défense dans la fosse iliaque droite.

Deuxième opération le jour même.

Dans le Douglas, une cuillerée de pus liquide, cæcum libre sans appendice. Le long du colon ascendant, en

haut, sourd un peu de pus. On agrandit l'incision vers le haut. Sous la face inférieure du foie, entre elle, la vésicule biliaire et le méso colon transverse s'est formé un abcès à pus épais. Après s'être débarrassé de ce pus, on trouve dans la cavité au milieu d'adhérences, une masse grosse comme une cerise qui se laisse décoller facilement. Elle a une paroi épaisse, couverte de pus fibrineux et qui, sous la pression, se vide d'une goutte de pus épais par un orifice bordé d'une muqueuse herniée. Les bords de cet orifice adhéraient très fortement au mésocolon. Récidive : 19 mois après l'opération.

OBSERVATION VIII

(*Dr Grégoire. Thèse Delmas Paris* 1924).

Lucien B... 59 ans, industriel est pris le 8 juillet 1920, en pleine santé, de phénomènes péritonéaux graves avec fièvre élevée, vomissements, pouls rapide. Le ventre est dur et ballonné.

Sept heures après le début de ces accidents, le malade est opéré d'urgence sous le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Première opération le 8 juillet 1920. Incision dans la fosse iliaque droite. Du pus s'écoule en abondance du péritoine. En raison de l'état général très pronfondément atteint, on ne tente pas la recherche de l'appendice, la région iléo-cæcale est le siège d'une réaction intense et les anses adhérentes entre elles laissent préjuger d'une intervention longue et périlleuse dans l'état actuel du malade. Drainage large, guérison.

Le 21 décembre 1920, le malade fait brusquement, quelques jours avant celui fixé pour l'ablation à froid de son appendice, une nouvelle poussée aiguë sévère, qui

se termine par un volumineux abcès de la fosse iliaque droite.

Résorbtion lente de l'abcès.

Le 2 février 1921 : appendicectomie à froid. L'appendice est assez court, très fortement adhérent aux anses voisines. Ils est enlevé. En outre, on trouve au niveau du fond du cæcum une plaque rougeâtre, indurée et dont le centre ne paraît constitué que par la seule épaisseur du péritoine. Cette zone amincie s'ouvre d'ailleurs au moment où on essaie d'amener le cæcum. Double plan de suture pour enfouir cette zone indurée et perforée. Guérison.

En avril, le malade est pris d'une douleur brusque et violente dans la fosse iliaque droite avec température à 39°5, pouls à 120, vomissements. C'est tout le syndrome de l'appendicite aiguë. La crise dure 48 heures et tout rentre dans l'ordre.

En août 1922, nouvelle crise identique. Le Dr Blocq qui voit le malade à ma place écrit : « Si je ne savais pas que l'appendice a été enlevé, je ferais le diagnostic d'appendicite aiguë ».

En décembre 1922, crise identique. Je pense alors à la possibilité d'un morceau d'appendice laissé au milieu des adhérences. M. Walter penche pour une épiploïte secondaire aiguë.

Le 14 décembre 1922, je trouve derrière le cæcum, enfoui profondément au milieu d'adhérences extrêmement serrées le fond de l'appendice long d'un centimètre environ et qui avait dû être amputé spontanément lors de la première crise. Guérison complète depuis.

Somme toute, après l'appendicectomie à froid, le 2 février 1921, le malade a fait en avril, en août, et en décembre trois crises nouvelles. Ce n'est que près d'un an après la première intervention qu'il fut débarassé du reste de son appendice.

OBSERVATION IX

(*Ménard*)

Mlle R. C..., 14 ans, a fait, à la fin de décembre 1924, une crise d'appendicite qu'on a laissé se refroidir et le 19 janvier 1925 elle entre, pour être opérée, à l'hôpital Saint-Jacques. L'examen ne montre rien de particulier, on peut, toutefois, noter que sa mère et sa sœur ont été elles-mêmes opérées pour appendicite. Intervention le 20 janvier, c'est-à-dire 3 semaines après la crise. L'appendice est difficile à trouver. Le Dr Manson constate alors que la pointe est fortement adhérente dans le petit bassin. On pratique la ligature de l'appendice à sa base et au même niveau, on lie le meso. On sectionne au thermocautère et on tente l'appendicectomie « rétrograde », on essaie de dégager la pointe par des manœuvres patientes et délicates, mais soudain on sent que la résistance diminue puis cède et l'appendice se laisse extérioriser brusquement. On pense que la pointe doit être restée et le Dr Manson explore méthodiquement la fosse iliaque sans rien sentir. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce. Appendice long de 5 à 6 cm. gros et congestionné. A la simple inspection, on voit aisément que la pointe est absente, l'extrémité de la portion enlevée est fibreuse. A l'ouverture du canal appendiculaire nous voyons une muqueuse rouge et épaissie, et à la partie terminale une solution de continuité très nette des tuniques. Suites normales. Pas de température. La malade quitte le service le 29 janvier, 9 jours après l'opération, semblant guérie. Depuis, elle se porte parfaitement bien et n'a jamais eu le moindre trouble à signaler.

Conclusions

1° L'appendicectomie incomplète, au cours d'une intervention à chaud peut être soit volontaire (ancienne méthode), soit commandée par quelques conditions spéciales, mais rares ; à froid, elle résulte le plus souvent de la méconnaissance d'une amputation spontanée antérieure de l'organe.

2° Le repère qui, à l'intervention, nous guidera pour l'exérèse complète de l'appendice sera surtout l'artère appendiculaire qui se termine au niveau de la pointe. A l'examen de l'organe, après l'opération, c'est la constatation de la continuité des quatre tuniques constitutives de la paroi qui nous prouvera l'intégrité de la pièce.

3° La rétention d'un fragment de l'appendice peut être le point de départ d'accidents graves, voire mortels (septicémie, péritonite purulente généralisée, collections à distance) et de fistules avec élimination secondaire ou non du fragment. Il peut s'en suivre des guérisons apparentes qui sont suivies de rechutes plus ou moins nombreuses ou lointaines. La guérison vraie ne peut pas être admise avec certitude tant que l'organe n'est pas totalement extirpé.

4° Chaque évolution particulière commande au chirurgien une ligne de conduite spéciale. En règle générale, nous conclurons qu'après une appendicectomie incomplète connue, il faut pratiquer, à une date variable, nous l'avons vu, une intervention secondaire pour extraire le fragment en rétention. Mais par-dessus tout, il faut s'efforcer, par une technique méthodique, d'enlever la totalité de l'appendice.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Bérard. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, oct. 1924.

R. Bonneau. — Accidents provoqués par l'amputation spontanée de l'extrémité libre de l'appendice au cours de l'appendicite gangréneuse. — *Paris-Chirurgical*, juin 1911, 546-547.

— *Paris-Chirurgical*, mai 1914, 576.

— La fistule appendiculaire. — *Presse Médicale*, 23 janvier 1926.

— Drainage de l'appendicite à chaud (in *La Presse Médicale*, 17 juin 1925).

— Appendices anatomiquement introuvables. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 novembre 1922.

— Note complémentaire. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1924.

— La ligature de l'artère appendiculaire. — *Paris-Chirurgical*, février 1925.

Von Brum (Tubingen). — Le traitement des abcès appendiculaires avec suture immédiate de la paroi. — *Beitrâge zur Klinischen Chirurgie*, 1908, Tome LVIII, fasc. I, mai, 250 à 287.

A. Burgess (Manchester). — Remarques sur 500 opérations d'appendicite aiguë. — *The British Medical Journal*, 24 février 1912, n° 2.666, 415-418.

A. Chalier. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, oct. 1924.

Mlle Chevassus et Patel. — Appendicectomie secondaire après incision d'un abcès appendiculaire. — *Soc. nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 14 janvier 1925.

P. Delbet. — Amputation spontanée de l'appendice. Leçon clinique. — Paris, in *Presse Médicale*, 1912, 605-607.

Delmas (Paris). — Les amputations spontanées méconnues de l'appendice. — Thèse Paris, 1924, n° 438.

Friedlander (Vienne). — Deux cas d'amputation spontanée de l'appendice. — *Beïbl. Z. D. Mitt. D. Gesellsch. U. Inner Mediz. P. Kind.* In Wien, 1909, V. 52-58. — *Wien. Med. Wchuschr.*, 1909, LIX, 1101-1104.

A. Hamant (Nancy). — Les séquelles appendiculaires après abcès. Faut-il toujours enlever l'appendice ? — *Revue médicale de l'Est*, tome LI, n° 4, 1923, 116-120.

B. Koch (Cologne). — Sur les récidives tardives après les abcès appendiculaires. — *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LI, n° 9, 1er mars 1924, 340-344.

Lecène. — Traitement des péritonites aiguës. — *Journal de Chirurgie*, 15 oct. 1911.

Perrin. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, oct. 1924.

K Resschkle. — Récidives après abcès appendiculaires. — *Medizinische klinik*, tome XX, n° 6, 10 février 1924, 174-176.

Reymond (Paris). — Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie (Communication au XXIe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, oct. 1908).

Silhol et Walther. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — XXIV[e] Congrès de l'Association Française de Chirurgie, oct. 1911, in la *Presse Médicale*, 4 oct. 1911, 788-792.

O. C. Smith (Hartford). — L'appendice résiduel. — *Medical Record*, Tome LXXVIII[e], n° 15, 3 octobre 1910, 619-622.

Fr. Steinnmann (Berne). — Exclusion de l'appendice. — *Zentralblatt für Chirurgie*, tome XL, n° 12, 22 mars 1923, 423-424.

G. P. G. Wakeley (Londres). — Quelques notes sur 120 cas d'appendicites opérées. — *The Lancet*, tome CXCVII, n° 5024, décembre 1919, 1070-1076.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette